

頭痛問診票

お名前 _____ 男・女 生年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 年齢 _____ 歳
記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 時期

- 1) 頭痛はいつ頃から始まりましたか？ (_____ 年 _____ 月頃) ・ (_____ 歳頃)
- 2) 1回の頭痛はどのくらい続きますか？(○はいくつでも)
瞬間 ・ 数分間 ・ 数時間 ・ 半日くらい ・ 丸1日 ・ 数日 ・ その他(_____)
- 3) 1日のうちで、いつが一番痛みますか？
朝 ・ 日中 ・ 夜 ・ 寝ているとき ・ 午前 ・ 午後 ・ その他(_____)
- 4) 頭痛の起こる頻度は、どのくらいですか？
ほぼ毎日 ・ 週数回 ・ 月数回 ・ 年数回 ・ 今回が初めて ・ その他(_____)

2. 部位 おもにどのあたりが痛みますか？(○はいくつでも)

- おでこのあたり ・ 後ろ ・ 右 ・ 左 ・ 両側 ・ こめかみ ・ 目の奥
ハチマキ様 ・ てっぺん ・ 首筋 ・ その他(_____)

3. どのような頭痛ですか？

- 1) a. 脈と一致して(ズキンズキン、ズキズキ、ドクンドクン)
b. 重苦しい感じ(ずーんと)、ハチマキでしめつけられる感じ
c. 肩から頭にかけて痛む
d. だらだらと痛みが持続する
e. キリキリ、ズキッと刺されるような痛みが、時間をおいてくりかえし起こる
f. その他(_____)

2) 頭痛の強さは？ 0~10の数字も○をしてください。

- a. がまんできない b. なんとかがまんできる c. たいしたことない
d. 今まで経験したことない強さ e. その他(_____)

(痛みなし) 0-1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 (想像できる最悪の痛み)

3) 頭痛の起こり方

- a. 突然(1分以内) b. 比較的急に(10分以内) c. いつとは知れず
d. なんとなくわかる e. その他(_____)

4. 頭痛の前に症状はありますか？(○はいくつでも)

- 1) 頭痛の数時間~数日前に a. あくび b. 肩こり c. 空腹 d. その他(_____)
- 2) 頭痛の1時間前から発症まで
a. 目の前がちかちか、きらきら b. 見えにくい c. 肩こり d. その他(_____)

5. 頭痛に伴う症状はありますか？(○はいくつでも)

- a. 日常動作で悪化する b. はきけ c. 嘔吐 d. 嘔吐 e. 涙や鼻水が出る
f. 光過敏(光が気になる、まぶしく感じる、暗い部屋を好む)
g. 音過敏(音が気になる、音が頭にひびく、静かな部屋を好む)
h. めまい i. 耳鳴り j. 複視(ものが二重に見える) k. 運動がしづらい
l. 話しづらい(発音が正しくできない) m. 意識が遠のく n. 痛くない刺激を痛みと感じる
o. その他(_____)

6. 頭痛がよくなる、悪くなることはありますか？
- 1) よくなる a.運動 b.お風呂 c.冷やす d.マッサージ e. その他()
- 2) わるくなる a.運動 b.お風呂 c.におい d. その他()
7. 思いあたる頭痛の原因はありますか？(○はいくつでも)
- a. ストレス b. 疲れ c. 天気 d. 運動 e.ゲーム f. 生理
- g. その他()
8. ご家族・血縁者で頭痛もちの方はいらっしゃいますか？
- 続柄：頭痛の診断名 ()
9. いつも使っている薬はありますか？
- 1) 薬の種類 a. 小児用バファリン・カロナール b. プルフェン c. トリプタン製剤(イミグランなど) その他()
- 2) 使用頻度 a. 頭痛のときは毎回 b. 時々 c. ほとんど使わない d. その他()
- 3) 薬の効果はどうですか？
- a. 効く b. あまり効かない c. 効かなくなってきた d. 効かない e. まちまち
- 4) 頭痛を予防する目的で飲んでいる薬はありますか？
- a. ある() b. ない
10. 今まで受けた検査はありますか？ CT ・ MRI ・ MRA(脳血管) ・ 脳波 ・ 採血
11. これまでになにか病気はありますか？ ()
- アレルギー なし ・ あり(アレルギー性鼻炎・アレルギー性結膜炎・花粉症・アトピー・ぜんそく)
- 眼科：視力低下(メガネ：あり・なし)
12. 睡眠時間について教えてください。
- 目覚める時間() 起き上がる時間()
- 就床時間・ふとんに入る時間() 就寝時間()
- 寝ている途中で起きてしまうことはありますか？ よくある ・ ときどき ・ ない
13. 次の症状であてはまるものに○をつけてください。(○はいくつでも)
- a. 立ちくらみやめまい b. 立っていると気分が悪くなる、失神する
- c. 入浴時や、嫌なことがあると気分が悪くなる d. 動悸や息切れ
- e. 朝なかなか起きられず、午前中調子が悪い f. 顔色が青白い g. 食欲不振
- h. 腹痛 i. 倦怠感 j. 頭痛 k. 乗り物酔いしやすい
14. お子さんの頭痛について、関係がありそうなこと、気がついたこと、心配なこと、特に聞きたい質問などあれば、お書きください。

ご記入ありがとうございました